

## Formulário de Responsabilização ao Pagamento de Serviços Não Cobertos

Compreendo que os meus seguros podem não pagar por esta consulta, procedimento, ou estudos radiológicos efetuados hoje pelo meu médico ou outro técnico, ou por qualquer Centro de Testes do Prima CARE. Se o seguro não pagar pelos custos dos meus cuidados médicos, serei considerado responsável pelos custos não cobertos pelo meu seguro. O meu médico, assistente, ou membro da sua equipe, informou-me de que o meu seguro de saúde pode não cobrir esta consulta, procedimento, ou teste de imagem porque:

- o diagnóstico para o qual este procedimento foi receitado não se conforma com as Diretrizes de Procedimento Médico (“Medical Policy Guidelines”), ou
- o procedimento não é considerado medicamente necessário, or
- as Diretrizes de Avaliação de Tecnologia Médica usadas pela companhia de seguros não foram cumpridas, ou
- eu não obti uma autorização válida (valid referral) para esta consulta e/ou este procedimento médico.
- No caso de mamografia (triagem ao cancro da mama), o seguro pode não pagar pelo teste de hoje se uma mamografia de triagem foi feita recentemente (normalmente dentro do período de 1 ano) no Prima CARE ou qualquer outra instalação/consultório e se a mamografia foi paga por qualquer companhia de seguros.**
- outra razão: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nome do procedimento ou serviço: \_\_\_\_\_

Estimativa do custo: \_\_\_\_\_

**Entendo que sou responsável por todos os custos associadas a esta consulta, testes de imagem, ou procedimentos ocorridos hoje se estes custos não forem cobertos pelo meu seguro.**

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento do Paciente: \_\_\_\_\_

Assinatura do Paciente (ou Representante do Paciente): \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_